

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA – UNIR
CAMPUS PROFESSOR FRANCISCO GONÇALVES QUILES - CACOAL
DEPARTAMENTO ACADÊMICO DE DIREITO

ANTONIO AUGUSTO NEVES NETO

**CONTINUIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE EM CASO DE DEMISSÃO SEM
JUSTA CAUSA E APOSENTADORIA**

TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO
MONOGRAFIA

Cacoal – RO
2017

ANTONIO AUGUSTO NEVES NETO

**CONTINUIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE EM CASO DE DEMISSÃO SEM
JUSTA CAUSA E APOSENTADORIA**

Monografia apresentada à Universidade Federal de Rondônia – UNIR – *Campus* de Cacoal, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Direito, elaborada sob a orientação do professor M.e Gilson Tetsuo Miyakava.

**Cacoal – RO
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Fundação Universidade Federal de Rondônia
Gerada automaticamente mediante informações fornecidas pelo(a) autor(a)

A923c Augusto Neto, Antonio .

Continuidade dos planos de saúde em caso de demissão sem justa causa e aposentadoria / Antonio Augusto Neto. -- Cacoal, RO, 2017.

47 f.

Orientador(a): Prof.^a Ma. Gilson Tetsuo Miyakava

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Direito) - Fundação Universidade Federal de Rondônia

1.Continuidade. 2.Demissão. 3.Aposentadoria. 4.Planos de saúde.
5.Beneficiário . I. Miyakava, Gilson Tetsuo. II. Título.

CDU 347.451.031

**CONTINUIDADE DOS PLANOS DE SAÚDE EM CASO DE DEMISSÃO SEM
JUSTA CAUSA E APOSENTADORIA**

Por:

ANTONIO AUGUSTO NEVES NETO

Monografia apresentada ao Curso de Direito da Universidade Federal de Rondônia – *campus* Cacoal, para obtenção do grau de Bacharel em Direito, mediante a Banca Examinadora formada por:

Prof. M.e. Gilson Tetsuo Miyakava – UNIR - Presidente

Prof. M.e. Silvério dos Santos Oliveira - UNIR – Membro

Prof^a. Willian Ricardo Grilli Gama - UNIR – Membro

Conceito: 83.

Cacoal, 14 de dezembro de 2017.

Dedico este trabalho aos meus familiares, que tiveram fundamental importância durante esta jornada final da minha formação acadêmica, e, com certeza, um dos maiores desafios para qualquer discente que é apresentar à comunidade acadêmica um trabalho científico.

AGRADECIMENTO

Agradeço, primeiramente, ao Pai Celestial, que tudo criou e oportunizou os momentos passados durante minha estadia acadêmica.

Agradeço aos meus pais, Aparecido Filipini Neves e Sandra Regina Baptista Neves, por serem meus primeiros mestres e educadores. Bem como a todos os meus familiares que tiveram participação ao longo dos anos da minha vida.

Agradeço aos meus amigos acadêmicos e professores, que foram de grande importância nesta caminhada.

*Plante seu jardim e decore sua alma,
ao invés de esperar que alguém lhe traga
flores.*

William Shakespeare

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo geral apresentar as hipóteses de continuidade dos planos privados de assistência à saúde em caso de demissão sem justa causa ou aposentadoria. Para tanto, foi feito um breve histórico das políticas de saúde e a evolução dos contratos de planos de saúde – da total ausência de normas específicas, à aplicação do Código de Defesa do Consumidor até a Lei 9.656/98 e as normas da Agência Nacional de Saúde Suplementar, agência reguladora do setor e os limites do seu poder normativo. O objetivo específico do presente trabalho é o de verificar as condições necessárias para que o beneficiário dos contratos coletivos empresariais continue usufruindo as coberturas assistenciais de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria. Para a elaboração do estudo foi usado o método dogmático realizando um estudo por meio de pesquisas bibliográficas, de livros doutrinários, jurisprudências pátrias, leis específicas e artigos científicos atinentes ao tema.

Palavras chave: Continuidade. Demissão. Aposentadoria. Planos de Saúde. Beneficiário.

ABSTRACT

This paper aims to present the hypothesis of continuity of private healthcare plans in the event of dismissal without just cause or retirement. Therefore, a brief history of health policies and the evolution of health insurance contracts were made - from the total absence of specific norms, to the application of the Consumer Defense Code until Law 9,656 / 98 and the National Agency of Supplementary Health, regulatory agency of the sector and the limits of its normative power. The specific objective of this study is to verify the conditions necessary for the beneficiary of collective bargaining agreements to continue to enjoy the assistance coverage that he enjoyed when the contract of employment expired, in cases of dismissal without just cause or retirement. For the elaboration of the study the dogmatic method was used conducting a study through bibliographical researches, doctrinal books, country jurisprudences, specific laws and scientific articles related to the subject.

Keywords: Continuity. Resignation. Retirement. Health Plans. Beneficiary.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 NOÇÕES GERAIS	11
1.1 HISTÓRICO	11
1.2 DADOS DO SETOR	15
2 TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE	17
2.1 CONTRATOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES	19
2.2 CONTRATOS COLETIVOS	19
2.3 CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS	20
2.4 CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO	21
3 CONTINUIDADE – PLANOS DE SAÚDE	22
3.1 A LEI APLICÁVEL	22
3.2 REGULAMENTAÇÃO APLICÁVEL	24
3.2.1 O poder normativo da ANS	25
3.2.2 Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício	27
3.2.3 Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde	30
3.2.4 Assumir o pagamento integral do benefício	32
3.2.5 Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde	34
3.2.6 Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício	35
3.3 EMPREGADO QUE SE APOSENTA E É DISPENSADO POSTERIORMENTE SEM JUSTA CAUSA	37
4 PRAZOS DE MANUTENÇÃO E A AMPLITUDE DE COBERTURA	39
4.1 AMPLITUDE DE COBERTURA	39
4.2 EXTINÇÃO DO DIREITO	41
CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	45

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem por objetivo analisar as hipóteses em que é possível que os beneficiários de planos de saúde coletivos empresariais façam opção na continuidade dos contratos por ocasião da dispensa sem justa causa ou aposentadoria.

O trabalho se justifica em razão das dúvidas que podem decorrer da Lei nº 9656/98, que versa sobre os planos de saúde, bem como os normativos editados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS que versam sobre as modalidades de contratação e sobre tema específico.

Primeiramente, será realizado um estudo sobre o histórico dos planos de saúde no Brasil, a origem dos mesmos, a evolução deste tipo de contrato no ordenamento jurídico brasileiro e a importância deles na economia do país.

Na sequência, serão estudados os tipos de contratos planos de saúde existentes e cuja comercialização é permitida pela Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, com ênfase nos contratos coletivos empresariais, que são objeto do presente trabalho.

Posteriormente, será feita uma análise da aplicabilidade do Código de Defesa do Consumidor-CDC – por se tratar de relação de consumo que se estabelece entre o contratante (empresa), os beneficiários – e da Lei 9.656/98, dita Lei dos Planos de Saúde.

Como se trata de um setor que possui uma agência reguladora, responsável pela regulamentação, normatização, controle e fiscalização das Operadoras de Planos de Saúde-OPS, também serão analisadas questões relacionadas com o poder normativo da ANS e os limites a ela impostos.

Já adentrando no objetivo do presente trabalho, serão verificadas as condições necessárias para que seja possível aos beneficiários permanecerem

usufruindo das coberturas assistenciais de que gozavam quando da vigência do contrato de trabalho, isto é, a continuidade dos planos de saúde nos casos de demissão sem justa causa ou aposentadoria.

Por fim, cabe salientar que o estudo ora apresentado tem como objetivo a análise da continuidade dos planos de saúde em caso de demissão sem justa causa e aposentadoria. No mais, foi usado o método dogmático realizando um estudo por meio de pesquisas bibliográficas, de livros doutrinários, jurisprudências pátrias, leis específicas, informativos e artigos científicos atinentes ao tema.

1 NOÇÕES GERAIS

Com a finalidade de ser analisado o estágio dos planos de saúde no Brasil, na segunda década dos anos 2000, será traçado o histórico das políticas de assistência à saúde no Brasil, conjuntamente com a legislação aplicável elencando os principais números do setor de saúde suplementar e os tipos de planos que aqui são comercializados.

Serão estabelecidas as diferenças entre os contratos individuais e coletivos e, em relação a estes, os contratos empresariais, no qual está inserida a problemática do presente trabalho, isto é, os requisitos a serem preenchidos pelo ex-empregado (ou pelo servidor), quando é demitido/exonerado sem justa causa ou aposentado.

Levando-se em conta os altos índices de desemprego (VALOR ECONÔMICO, 2017), a diminuição dos planos de saúde empresarial (ESTADÃO, 2017) e a perspectiva de alteração da legislação previdenciária, com a aposentadoria antecipada por vários trabalhadores, há e aumentará um grande número de trabalhadores inativos em situação de demandar pela continuidade dos planos de saúde, o que justifica o objeto deste trabalho, isto é, os limites impostos pelos normativos para que o empregado dispensado sem justa causa, ou o aposentado possam permanecer como usuários por planos de saúde.

1.1 HISTÓRICO

No início do século XX, a economia era baseada na agricultura e não havia qualquer garantia social. Com o processo migratório e a entrada de europeus, principalmente italianos anarquistas, iniciou-se a criação de Caixas de Aposentadoria e Pensão-CAP's e dos Institutos de Aposentadoria e Previdência Social-IAPs, que apenas beneficiavam o operariado urbano (POLIGNANO, s.a.).

No início dos anos 60 foi promulgada a Lei Orgânica da Previdência Social, que criou o Instituto Nacional de Previdência Social-INPS, que depois passou a ser denominado de Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social-INAMPS, destinado a abranger os trabalhadores sujeitos ao regime da CLT, excluídos os empregados domésticos e os servidores públicos e de autarquias e que tivessem regimes próprios de previdência. Em 1963, foi criado o FUNRURAL (Fundo

de Assistência ao Trabalhador Rural), destinado aos trabalhadores rurais (POLIGNANO, s.a.).

Neste mesmo período, ainda que incipiente, tem-se notícias da atividade de Medicina de Grupo, empresas privadas que são contratadas para organizar a prestação de serviços aos seus usuários, com a contratação de médicos, laboratórios e hospitais e das Unimed, cooperativas constituídas por médicos que prestam serviços diretamente os seus beneficiários, mas que também podem contratar outros prestadores para suplementar as suas lacunas (POLIGNANO, s.a.).

Consta no site da Unimed de Santos, criada em 1963, que tal ocorreu porque as Medicinas de Grupo estariam se locupletando às custas dos médicos.¹

No estado de Rondônia, em dezembro de 1983, foi fundada a Unimed Rondônia, em cujo site na rede internacional de computadores consta:

A Unimed Rondônia nasceu da iniciativa de um grupo de 29 médicos do Estado de Rondônia, em sua maioria residente em Porto Velho, que inspirados pela experiência positiva de cooperativismo médico ocorrida em outras cidades, reuniram-se no auditório do Hospital de Base “Dr. Ary Pinheiro”, no dia 9 de dezembro de 1983, para constituir a primeira Cooperativa de Trabalho Médico do Estado.²

Posteriormente, no ano de 1995, foi criada a Unimed Ji-Paraná, conforme informado na sua página na internet:

A Unimed Ji-Paraná foi fundada em 13 de abril de 1995 por 42 médicos que atuavam, e a maioria ainda atua, na região Central de Rondônia. Hoje, são mais de 170 cooperados para você escolher seu médico de confiança, além de realizar os exames de que precisa, contar com os melhores hospitais e cuidar da saúde com agilidade e segurança.³

No que diz respeito à relação entre fornecedores (Operadoras de Planos de Saúde) e consumidores, não havia uma regulação para os contratos de plano de saúde que eram formatados ao gosto do fornecedor apenas com a observância das normas gerais dos contratos ditada pelo Código Civil. Valia o princípio *pacta sunt servanda*, segundo o qual “os contratos devem ser cumpridos”.⁴

¹ <http://www.unimed-santos.com.br/memória> (UNIMED-Nossa História, atualizado em 16.12.2015), acessado em 19.11.2017

² <http://www.unimedrondonia.com.br/ns/institucional/historia/>, acessado em 19.11.2017

³ <http://www.unimedjpr.com.br/historico.php>, acessado em 19.11.2017

⁴ <https://www.significados.com.br/pacta-sunt-servanda/>, acessado em 19.11.2017

Neste contexto, eram comuns contratos que limitavam quantidade e tipos serviços, tais como: o número de dias de internação, inclusive em UTI, e determinados tratamentos, tais como câncer, cardíaco, psiquiatria.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal foi instituído o direito à saúde e obrigação do Estado provê-lo (art. 196), sob o princípio da universalização da saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde-SUS (art. 198) e permitida à iniciativa privada a assistência à saúde de forma suplementar (art. 199).⁵

Em 1990, foi promulgada a Lei nº 8.078 – CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR que passou regular as relações de consumo, dando aos Tribunais mecanismos legais para anular cláusulas abusivas para os contratos de consumo de forma geral, incluídos os de planos de saúde, conforme Filho (2004, p. 10):

A partir da chegada do Código de Defesa do Consumidor-Lei Federal nº 8.078/90, as relações de consumo passaram a ter uma nova regra disciplinadora, onde a igualdade entre as partes (consumidor/fornecedor) passaram a ser uma realidade. Os consumidores passaram a ter à sua disposição um novo mecanismo de proteção e defesa de seus interesses, principalmente no tocante à forma e apresentação dos contratos, rescisões unilaterais, abrangência e estipulação de cláusulas e reajustes.

Neste sentido, é colacionada a ementa de decisão que reflete a jurisprudência da época no âmbito do Superior Tribunal de Justiça-STJ:

Processo REsp 158728 / RJ RECURSO ESPECIAL 1997/rj0090585-3

Ementa Plano de saúde. Limite temporal da internação. Cláusula abusiva.

1. É abusiva a cláusula que limita no tempo a internação do segurado, o qual prorroga a sua presença em unidade de tratamento intensivo ou é novamente internado em decorrência do mesmo fato médico, fruto de complicações da doença, coberto pelo plano de saúde.

2. O consumidor não é senhor do prazo de sua recuperação, que, como é curial, depende de muitos fatores, que nem mesmo os médicos são capazes de controlar. Se a enfermidade está coberta pelo seguro, não é possível, sob pena de grave abuso, impor ao segurado que se retire da unidade de tratamento intensivo, com o risco severo de morte, porque está fora do limite temporal estabelecido em uma determinada cláusula. Não pode a estipulação contratual ofender o princípio da razoabilidade, e se o faz, comete abusividade vedada pelo art. 51, IV, do Código de Defesa do Consumidor. Anote-se que a regra protetiva, expressamente, refere-se a uma desvantagem exagerada do consumidor e, ainda, a obrigações incompatíveis com a boa-fé e a equidade.

3. Recurso especial conhecido e provido.

Os Tribunais de Justiça dos Estados da Federação também seguiam a

⁵ http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm, acessado em 19.11.2017

mesma orientação, conforme ementa de julgado, do Tribunal de Justiça de Rondônia:

000287 - Processo nº 2003012-39.1999.822.0000 - Agravo de Instrumento.
Data do Julgamento: 06/06/2000
EMENTA: EMENTA Civil. Agravo de instrumento. Planos de saúde. Contrato de adesão. Cláusula abusiva. Código do consumidor. É considerada abusiva cláusula contratual que estipula número determinado de internações ao paciente que necessita de hemodiálise, ainda mais quando o contrato é de adesão, como nos planos de saúde, ferindo o Código de Proteção e Defesa do Consumidor bem como a legítima expectativa do consumidor em contratar.

Conforme Salazar (2002, p. 9-10), “Com a entrada em vigor da Lei 9656/98, os consumidores passaram a ter mais respaldo na hora de contratar um plano de saúde, vários pontos foram melhorados, [...]”. Com isso a relação entre fornecedor e consumidor passou a estar em igualdade, dentre eles:

1. Impedimento de que as empresas vetem em seus planos o ingresso de consumidores com idade avançada ou portadores de deficiências.
2. O estabelecimento de limites para credenciamento de hospitais, laboratórios e clínicas.
3. A proibição de limite de prazo e de valor máximo de internação hospitalar.
4. A proibição de carência por atraso no pagamento.
5. A limitação dos prazos de carência.
6. Exigência de clareza nos termos do contrato.
7. A proibição de rescisão unilateral do contrato pela empresa.

Em razão das suas peculiaridades e especificidades, em junho de 1998 foi aprovada a Lei 9.656, que constitui o marco regulatório para os planos de saúde a partir da sua vigência em janeiro de 1999 e, em 2000, por meio da Lei 9.961 foi criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar-ANS, responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, com poderes regulatórios, fiscalizatórios e sancionatórios do mercado explorados pelas empresas de planos de saúde.

Diz-se que a Lei 9.656 constitui o marco regulatório dos planos de saúde, pois, como dito anteriormente, quando do surgimento das Unimed e Operadoras de Planos de Saúde não existia legislação que destinasse especificamente os seus contratos, não havendo regras definidas para essa relação de consumo. Os consumidores eram desamparados e sofriam com abusos cometidos pelos fornecedores, não tendo a quem recorrer para assegurar seus direitos. Nas palavras de Salazar (2002, p. 11):

Anteriormente à Lei 9656/98, os consumidores tinham muitas desvantagens na hora de contratar um plano de assistência à saúde, as cláusulas dos contratos eram estabelecidas de forma unilateral.

Desta forma, com a entrada em vigor da Lei 9656/98, os consumidores passaram a ter proteção na hora da contratação do plano de saúde. Neste sentido, Salazar (2002, p.12), diz: “com a entrada em vigor da Lei 9656/98, os consumidores passaram a ter mais respaldo na hora de contratar um plano de saúde, vários pontos foram melhorados”.

Conforme discutido acima, desde o surgimento da lei que regula esta relação de consumo e da ANS, foram sendo criadas normas no intuito de proteger os usuários, para que eles tivessem seus direitos garantidos na hora de contratar e usufruir da prestação dos serviços.

1.2 DADOS DO SETOR

Segundo consecutivas pesquisas realizadas, por anos consecutivos (R7 ECONOMIA, 2015), o plano de saúde está entre os primeiros desejos dos trabalhadores, ficando atrás apenas da casa própria e da educação (EXAME, 2017), ou mesmo assumindo o lugar desta última (INFOMONEY, 2017).

Neste contexto, o tema tem relevância, especialmente se considerado que, em junho/2017, segundo dados da ANS, encartados em seu Caderno de Informação da Saúde Suplementar (2017), existem registrados 47.364.049 (quarenta e sete milhões, trezentos e sessenta e quatro mil e quarenta e nove) beneficiários em planos médico-hospitalares no Brasil, sendo 31.414.927 (trinta e um milhões, quatrocentos e quatorze mil, novecentos e vinte e sete) na modalidade coletiva empresarial, 6.459.873 (seis milhões, quatrocentos e cinquenta e nove mil, oitocentos e setenta e três) na modalidade coletiva por adesão e 9.279.360 (nove milhões, duzentos e setenta e nove mil, trezentos e sessenta) na modalidade individual.

Segundo dados da ANS, se comparado com junho de 2016, houve uma diminuição de mais de 1.000.000 (um milhão) de planos de saúde, com decréscimos consecutivos de -2,3% de dezembro de 2015 em relação ao mesmo mês do ano anterior; de -3,1% entre 2015 e 2016 e de -0,3% de dezembro/2016 até março de 2017 (ANS, 2017).

Ainda de acordo com os dados da ANS (indicadores do Setor/Sala de Situação), em maio/2017, estavam registrados 157.558 (cento e cinquenta e sete mil, quinhentos e cinquenta e oito) beneficiários de planos médico-hospitalares em Rondônia. Se comparado com o maio de 2016, houve uma diminuição de aproximadamente 12.000 (doze mil) planos de saúde.

2 TIPOS DE PLANOS DE SAÚDE

A Lei 9.656/98 estabeleceu tão somente os parâmetros para a contratação dos planos de saúde, especialmente os limites mínimos de cobertura (art. 10, caput e art. 12) e de exclusões dela cobertura (incisos do art. 10):

Art. 10. É instituído o plano-referência de assistência à saúde, com cobertura assistencial médico-ambulatorial e hospitalar, compreendendo partos e tratamentos, realizados exclusivamente no Brasil, com padrão de enfermagem, centro de terapia intensiva, ou similar, quando necessária a internação hospitalar, das doenças listadas na Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, da Organização Mundial de Saúde, respeitadas as exigências mínimas estabelecidas no art. 12 desta Lei, exceto:
(...)

Art. 12. São facultadas a oferta, a contratação e a vigência dos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, nas segmentações previstas nos incisos I a IV deste artigo, respeitadas as respectivas amplitudes de cobertura definidas no plano-referência de que trata o art. 10, segundo as seguintes exigências mínimas:

I - quando incluir atendimento ambulatorial:

(...)

II - quando incluir internação hospitalar:

(...)

III - quando incluir atendimento obstétrico:

(...)

IV - quando incluir atendimento odontológico:

(...)

V - quando fixar períodos de carência:

(...)

Já a ANS, com a competência atribuída pela Lei 9.661/2000 e pelo § 4º, da Lei 9.656/1998, como parte da regulamentação do mercado dos planos de saúde privados, classificou os tipos de planos de saúde a serem contratados no Brasil, de acordo com as características buscadas pelo contratante.

Tendo em vista as peculiaridades dos contratos e do consumidor (e sua fragilidade diante do fornecedor), a ANS estabeleceu normas específicas para aqueles que são realizados individualmente ou coletivamente.

Conforme Bottesini (2015, p. 61):

A boa compreensão das causas que levaram o legislador a instituir o plano de referência, verdadeira plano básico, exige ter atenção para o fato de que existe uma gradação das necessidades dos usuários dos planos e seguros privados de assistência à saúde. Há quem estabeleça três grupos de usuários, cada um deles com um plano ou seguro específico, adaptado para permitir acesso às redes de serviços que interessam a cada um desses

segmentos.

Os planos classificados pela ANS são de três tipos: o primeiro é o individual ou familiar, o segundo é o coletivo empresarial, e por fim, o terceiro é o coletivo por adesão, conforme a Resolução Normativa-RN 195, que assim estabelece:

Art. 1º Esta Resolução dispõe sobre a classificação dos planos privados de assistência à saúde, regulamenta a sua contratação, institui a orientação para contratação de planos privados de assistência à saúde e dá outras providências.

As especificações são feitas no art. 2º e cada tipo de contratação tem condições específicas que, no decorrer da RN 195, estabelece para cada uma delas a forma de contratação, reajustes, carências, rescisão e exclusão dos seus beneficiários.

Art. 2º Para fins de contratação, os planos privados de assistência à saúde classificam-se em:

- I – individual ou familiar;
- II – coletivo empresarial; ou
- III – coletivo por adesão.

O primeiro tipo, o individual ou familiar, é definido pelo art. 3º da RN 195, como, sendo “aquele que oferece cobertura da atenção prestada para a livre adesão de beneficiários, pessoas naturais, com ou sem grupo familiar”.

O plano de saúde coletivo empresarial é o que se estabelece em razão do vínculo empregatício ou estatutário do beneficiário com o contratante, conforme o art. 5º da RN 195, que assim o define:

Art. 5º plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

Por fim, o terceiro e último tipo de plano de saúde privado, também definido de acordo com o vínculo do beneficiário com o contratante, é o coletivo por adesão, classificado pelo art. 9º da RN 195 como:

Art. 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial: [...].

De acordo com o exposto, a ANS definiu os três tipos de planos privados de saúde, que variam de acordo com a classificação e características do contratante, que assim, escolhe o que melhor se adequa às suas condições.

Esta definição é importante, porque o objeto deste trabalho será exatamente a possibilidade de um tipo de beneficiário – empregado ou servidor estatutário – de permanecer a ele vinculado, ainda que o vínculo com o contratante tenha sido extinto, por demissão sem justa causa, ou por aposentadoria (arts. 30 e 31, da Lei 9.656/1998).

2.1 CONTRATOS INDIVIDUAIS OU FAMILIARES

Vale ressaltar entretanto que também há uma diferenciação para os contratos de plano de saúde individuais ou familiares que possuem até 30 consumidores, conforme será visto mais adiante.

Neste contexto, os percentuais de reajuste são estabelecidos pela ANS (e não livremente negociados como os coletivos) e somente podem ser rescindidos unilateralmente pela prestadora de serviços em caso de fraude ou inadimplemento por 60 dias, consecutivos ou não, desde que os consumidores sejam comprovadamente notificados até o 50º dia de inadimplência (art. 13. Parágrafo único, inc. II).

2.2 CONTRATOS COLETIVOS

As espécies de planos coletivos definidas pela RN 195 são os coletivos empresariais (que são os que mais interessam neste trabalho, tendo em vista que são eles que comportam a continuidade nas hipóteses de demissão sem justa causa e aposentadoria) e os coletivos por adesão.

Os planos de assistência à saúde coletivos segundo a ANS (2017, s.p.) são:

O plano de saúde coletivo é aquele contratado por uma empresa, conselho, sindicato ou associação junto à operadora de planos de saúde para oferecer assistência médica e/ou odontológica às pessoas vinculadas a essa empresa e aos dependentes dessas pessoas. Pode ser um plano de saúde coletivo empresarial ou coletivo por adesão.

Os planos coletivos, portanto, são divididos em coletivo empresarial e

coletivo por adesão, e a traz a definição para cada um:

Os empresariais, que prestam assistência à saúde dos funcionários da empresa contratante graças ao vínculo empregatício ou estatutário; e os coletivos por adesão, que são contratados por pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial, como conselhos, sindicatos e associações profissionais.

Feitos estes apontamentos, passa-se a melhor definir os contratos coletivos empresariais para abordar em quais situações os beneficiários podem, no caso de desligamento do contratante do plano, prosseguir com a continuidade das coberturas dos serviços prestados.

2.3 CONTRATOS COLETIVOS EMPRESARIAIS

Além de definir o tipo de contrato, do universo de pessoas que compõem uma empresa ou órgão público, a ANS, por meio da citada RN 195, também define quais são aquelas elegíveis para serem beneficiárias dos planos de saúde coletivos empresariais:

Art. 5º Plano privado de assistência à saúde coletivo empresarial é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população delimitada e vinculada à pessoa jurídica por relação empregatícia ou estatutária.

§1º O vínculo ^{III} à pessoa jurídica contratante poderá abranger ainda, desde que previsto contratualmente:

- I - os sócios da pessoa jurídica contratante;
- II - os administradores da pessoa jurídica contratante;
- III - os demitidos ou aposentados que tenham sido vinculados anteriormente à pessoa jurídica contratante, ressalvada a aplicação do disposto no caput dos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998;
- IV – os agentes políticos;
- V – os trabalhadores temporários;
- VI – os estagiários e menores aprendizes; e
- VII - o grupo familiar até o terceiro grau de parentesco consanguíneo, até o segundo grau de parentesco por afinidade, cônjuge ou companheiro dos empregados e servidores públicos, bem como dos demais vínculos dos incisos anteriores.

§2º O ingresso do grupo familiar previsto no inciso VII do §1º deste artigo dependerá da participação do beneficiário titular no contrato de plano privado de assistência a saúde.

Como se vê, os beneficiários deste tipo de planos de saúde têm que ter, obrigatoriamente, vínculo com a pessoa jurídica contratante, ainda que ele tenha sido extinto, como é o caso dos inativos (dispensados sem justa causa e aposentados).

Apesar da maior abrangência dos beneficiários que pode ser estabelecida no contrato, a faculdade de permanecer como inativo, somente se aplica aos ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados.

Por outro lado, também é importante ser destacado que tal vínculo somente se aplica caso a empresa mantenha contrato com a operadora de plano de saúde, conforme será melhor explorado no capítulo seguinte.

2.4 CONTRATOS COLETIVOS POR ADESÃO

Já no que diz respeito aos contratos coletivos por adesão, esclarece a ANS (2017):

O plano de saúde coletivo por adesão é aquele voltado para associações, sindicatos, cooperativas e demais pessoas jurídicas que reúnam pessoas de uma mesma categoria profissional, classista ou setorial. A pessoa jurídica contrata o plano de saúde junto à operadora, para assistência à saúde de seus associados e/ou cooperados.

Melhor elucidando a questão, a RN 195, define a espécie e elenca os potenciais beneficiários e dá outras providências. A saber:

Art 9º Plano privado de assistência à saúde coletivo por adesão é aquele que oferece cobertura da atenção prestada à população que mantenha vínculo com as seguintes pessoas jurídicas de caráter profissional, classista ou setorial:

- I – conselhos profissionais e entidades de classe, nos quais seja necessário o registro para o exercício da profissão;
- II – sindicatos, centrais sindicais e respectivas federações e confederações;
- III – associações profissionais legalmente constituídas;
- IV - cooperativas que congreguem membros de categorias ou classes de profissões regulamentadas;
- V - caixas de assistência e fundações de direito privado que se enquadrem nas disposições desta resolução;
- VI - entidades previstas na Lei nº 7.395, de 31 de outubro de 1985, e na Lei nº 7.398, de 4 de novembro de 1985; e

(...)

Conforme elencado acima, nota-se claramente uma variação nos grupos de beneficiários de cada espécie de planos de saúde. No individual, ele se aplica ao indivíduo contratante e o seu grupo familiar. Já o coletivo empresarial tem como público alvo as empresas ou órgãos públicos e, por fim, os coletivos por adesão que também se destinam às pessoas jurídicas, com características profissional, classistas e setorial.

3 CONTINUIDADE – PLANOS DE SAÚDE

Conforme foi visto nos tópicos anteriores, especialmente no histórico dos planos de saúde e dados do setor, a grande maioria dos seus beneficiários é vinculada aos planos coletivos empresariais.

Visando a equacionar a problemática da permanência ou não deles quando do desligamento das empresas contratantes, a lei 9.656/98, por meio de seus artigos 30 e 31, que posteriormente foram regulamentados pela RN 279 da ANS, estabelecem as condições para que tal ocorra. Segundo ANS (2017, s.p.):

O aposentado ou o ex-empregado exonerado ou demitido sem justa causa, que contribuía para o custeio do seu plano privado de saúde, tem o direito de manter as mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, sem prejuízo de eventuais vantagens obtidas em negociações coletivas.

A empresa empregadora é obrigada a manter o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa no plano enquanto o benefício for ofertado para os empregados ativos, desde que o aposentado ou o ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, tenha contribuído para o custeio do seu plano privado de saúde e que o mesmo não seja admitido em novo emprego.

A decisão do aposentado ou o ex-empregado demitido sem justa causa de se manter no plano deve ser informada à empresa empregadora no prazo máximo de 30 dias contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.⁶

Como se vê pelo enunciado, o direito à permanência no contrato de inativos exige o cumprimento de certos requisitos e desta forma se torna necessário verificar as condições que concorrem para que ocorra a continuidade dos planos de saúde.

3.1 A LEI APLICÁVEL

Conforme a súmula 469 do STJ deve ser aplicado aos contratos de plano de saúde as normas relativas às relações de consumo, e especial, o CDC (Código de Defesa do Consumidor).

Contudo, deve-se aplicar ainda a Lei 9.656/98, principalmente no que tange aos artigos 30 e 31 da Lei dos Planos de Saúde, a seguir transcritos, já com destaques para as condições de continuidade nele expressas e que, posteriormente,

⁶ <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/aposentados-e-demitidos>. Acesso em 02 nov. 2017

também serão objeto de estudo com base na regulamentação feita pela ANS:

Art. 30. Ao consumidor que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, no caso de rescisão ou exoneração do contrato de trabalho sem justa causa, é assegurado o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º O período de manutenção da condição de beneficiário a que se refere o caput será de um terço do tempo de permanência nos produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º, ou sucessores, com um mínimo assegurado de seis meses e um máximo de vinte e quatro meses.

§ 2º A manutenção de que trata este artigo é extensiva, obrigatoriamente, a todo o grupo familiar inscrito quando da vigência do contrato de trabalho.

§ 3º Em caso de morte do titular, o direito de permanência é assegurado aos dependentes cobertos pelo plano ou seguro privado coletivo de assistência à saúde, nos termos do disposto neste artigo.

§ 4º O direito assegurado neste artigo não exclui vantagens obtidas pelos empregados decorrentes de negociações coletivas de trabalho.

§ 5º A condição prevista no caput deste artigo deixará de existir quando da admissão do consumidor titular em novo emprego.

§ 6º Nos planos coletivos custeados integralmente pela empresa, não é considerada contribuição a co-participação do consumidor, única e exclusivamente, em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou hospitalar.

Art. 31. Ao aposentado que contribuir para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do art. 1º desta Lei, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de dez anos, é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

§ 1º Ao aposentado que contribuir para planos coletivos de assistência à saúde por período inferior ao estabelecido no caput é assegurado o direito de manutenção como beneficiário, à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o pagamento integral do mesmo

§ 2º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º, 3º, 4º, 5º e 6º do art. 30.

§ 3º Para gozo do direito assegurado neste artigo, observar-se-ão as mesmas condições estabelecidas nos §§ 2º e 4º do art. 30.

Conforme os artigos acima transcritos, a lei 9.656/98 trouxe os requisitos gerais para que ocorra a continuidade dos planos de saúde. Contudo, por ser a norma, em muitos aspectos de caráter aberto, comporta interpretações divergentes.

Devido a isto, fez-se necessária uma melhor especificação de tais requisitos e, portanto, a sua regulamentação pela ANS, conforme será abordado a seguir.

Ainda assim, pode haver conflito entre referidas normas e o CDC e, em tal ocorrendo, aplicam-se as normas principiológicas do direito do consumidor (ex. controle de cláusulas abusivas) ou, mesmo, de Direito Civil (boa fé objetiva na contratação).

3.2 REGULAMENTAÇÃO APLICÁVEL

Tendo como base a lei 9.656/98, a ANS, redigiu a RN 279 para regulamentar a continuidade dos empregados como beneficiários de planos de saúde.

Neste sentido, a RN 279 explicita as condições e os requisitos e as condições de continuidade dos planos de saúde.

Na demissão sem justa causa:

Art. 4º É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo único. O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º desta Resolução.

No caso de aposentadoria, ela dita:

Art. 5º É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo único. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

A norma, ainda traz os requisitos na dispensa sem justa causa quando o trabalhador se aposenta, mas continua trabalhando:

Art. 22. Ao empregado aposentado que continua trabalhando na mesma empresa e vem a se desligar da empresa é garantido o direito de manter sua condição de beneficiário observado o disposto no artigo 31 da Lei nº 9.656, de 1998, e nesta Resolução.

§ 1º O direito de que trata o caput será exercido pelo ex-empregado aposentado no momento em que se desligar do empregador.

§ 2º O direito de manutenção de que trata este artigo é garantido aos dependentes do empregado aposentado que continuou trabalhando na mesma empresa e veio a falecer antes do exercício do direito previsto no artigo 31, da Lei nº 9.656, de 1998.

A ANS (2017, s.p.) resume:

Para que o aposentado ou ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa seja mantido no plano devem ser observadas as seguintes condições:

- 1 – Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício.
- 2 – Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde.
- 3 – Assumir o pagamento integral do benefício.
- 4 – Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde.
- 5 – Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.⁷

Com base nesses requisitos, o presente estudo irá enfrentar as problemáticas relacionadas a cada um deles.

3.2.1 O poder normativo da ANS

Antes de adentrar propriamente na RN 279, necessário se faz abordar a questão do poder normativo da ANS e, ainda que de forma superficial, os limites que possui para esta atividade.

A ANS foi criada por meio da Lei 9.961 de janeiro de 2000, como autarquia sob regime especial, que está vinculada ao Ministério da Saúde, com atuação em todo o território federal. Foi-lhe determinado que atuasse na regulamentação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a assistência suplementar à saúde. Conforme diz o art. 1º da referida lei:

Art. 1º É criada a Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS, autarquia sob o regime especial, vinculada ao Ministério da Saúde, com sede e foro na cidade do Rio de Janeiro - RJ, prazo de duração indeterminado e atuação em todo o território nacional, como órgão de regulação, normatização, controle e fiscalização das atividades que garantam a

⁷ <http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/aposentados-e-demitidos>

assistência suplementar à saúde.

Parágrafo único. A natureza de autarquia especial conferida à ANS é caracterizada por autonomia administrativa, financeira, patrimonial e de gestão de recursos humanos, autonomia nas suas decisões técnicas e mandato fixo de seus dirigentes.

A lei, além de determinar sua criação, também trouxe suas competências e estrutura organizacional. Bem como expôs que ela será regida por contrato de gestão:

Art. 14. A administração da ANS será regida por um contrato de gestão, negociado entre seu Diretor-Presidente e o Ministro de Estado da Saúde e aprovado pelo Conselho de Saúde Suplementar, no prazo máximo de cento e vinte dias seguintes à designação do Diretor-Presidente da autarquia.

Parágrafo único. O contrato de gestão estabelecerá os parâmetros para a administração interna da ANS, bem assim os indicadores que permitam avaliar, objetivamente, a sua atuação administrativa e o seu desempenho.

No que se refere aos limites de regulamentação, Carvalho Filho (2011, apud MEIRELLES, 1993, p. 163) esclarece que: “como ato inferior à lei, o regulamento não pode contrariá-la ou ir além do que ela permite. No que o regulamento infringir ou extravasar da lei, é írrito e nulo, por caracterizar situação de ilegalidade.”.

E continua:

[...] por essa razão, ao poder regulamentar não cabe contrariar a lei(*contra legem*), pena de sofrer invalidação. Seu exercício somente pode dar-se *secundum legem*, ou seja, em conformidade com o conteúdo da lei e nos limites que esta impuser. (p. 60).

Acrescenta Carvalho Filho (2011, apud CARVALHO FILHO, 2004, p. 43), de sua parte, leciona:

A autonomia das agências reguladoras existe, em maior ou em menor escala, frente a todos os Poderes do Estado, revelando-se mais sensível em face do Poder Executivo, tendo em vista o maior número de pontos de contato que com ele possui, e ao tradicional, mas ultrapassada, ideia de subordinação hierárquico ao Chefe do Governo de todos os agentes e entidades do aparato administrativo.

Complementa Carvalho filho (2011, apud MADEIRA, 2004, p. 265):

A atividade regulatória não se confunde com a atividade regulamentar, pois, enquanto a primeira é conferida no Brasil, por lei, às Agências Reguladoras,

a atividade regulamentar é, por força de imperativo constitucional, privativa do Chefe do Poder Executivo.

As Agências reguladoras exercem mesmo função regulamentadora, ou seja, estabelecem disciplina, de caráter complementar, com observância dos parâmetros existentes na lei que lhes transferiu aquela função.

Neste sentido Souto (2011, p. 107):

A regulamentação é atividade administrativa, que deve se desenvolver, com autonomia e independência, dentro dos limites da lei, podendo ser praticados atos administrativos normativos que orientem o seu cumprimento e seu desempenho é controlado tomando por base a observância dos princípios constitucionais aplicáveis à Administração Pública.

Como, em face do princípio da legalidade, só a lei – norma de primeiro grau - cria os objetivos e os deveres recorrentes da regulamentação, cabe reafirmar que se trata a regulamentação atividade administrativa. A lei cria a obrigação e o regulador estabelece o método para o seu cumprimento. Para tanto, pode fazê-lo por meio de normas (*rulemaking*) ou de atos concretos (*adjudication*), conforme o maior ou menor grau de conhecimento sobre o setor e o número de destinatários envolvidos.

Com base nestes pressupostos, isto é, que a ANS tem poderes regulatórios estabelecidos na Lei, mas que ela deve se pautar também pelos limites por ela impostos que é a própria Lei que pretende regulamentar, será feita uma análise de cada um dos requisitos estabelecido na Lei dos Planos de Saúde e o seu cotejo com a regulamentação da ANS.

3.2.2 Ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício

O primeiro requisito imposto pela ANS, por meio da RN 279, é aquele que diz respeito ao vínculo empregatício, vez que, para que a continuidade esteja garantida, o empregado tem que ter sido beneficiário de plano coletivo com este tipo de vínculo. Conforme:

Art. 4º É assegurado ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo único. O período de manutenção a que se refere o caput será de 1/3 (um terço) do tempo de permanência em que tenha contribuído para os produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, ou seus sucessores, com um mínimo assegurado de 6 (seis) e um máximo de 24 (vinte e quatro) meses na forma prevista no artigo 6º desta Resolução. (grifamos)

Art. 5º É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para produtos de que tratam o inciso I e o § 1º do artigo 1º da Lei nº 9.656, de 1998, contratados a partir de 2 de janeiro de 1999, em decorrência de vínculo empregatício, pelo prazo mínimo de 10 (dez) anos, o direito de manter sua condição de beneficiário, nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.

Parágrafo único. É assegurado ao ex-empregado aposentado que contribuiu para planos privados de assistência à saúde, no mesmo plano privado de assistência à saúde ou seu sucessor por período inferior ao estabelecido no caput, o direito de manutenção como beneficiário, à razão de 1 (um) ano para cada ano de contribuição, desde que assuma o seu pagamento integral.

Assim, tem-se que é assegurada a continuidade dos planos de saúde apenas ao ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa, nas mesmas condições do contrato, em decorrência do vínculo empregatício que possuía.

Tal observação é importante, pois, como os planos de saúde coletivos empresariais podem ter como beneficiários, nos termos do art. 5º da RN 195, da ANS, outras pessoas além daquelas que mantêm com a contratante o vínculo de emprego, tais como os sócios e administradores da pessoa jurídica contratante, agentes políticos, trabalhadores temporários, estagiários e menores aprendizes, verifica-se que, já na abertura deste tópico, que muitos beneficiários do plano coletivo empresarial não podem permanecer no contrato após extinto o vínculo com a pessoa jurídica contratante.

E razão é bastante singela: a Lei 9.656/98 e a RN 279, em observância a ela são expressos no sentido de que a continuidade está vinculada ao vínculo empregatício ou estatutário com o contratante.

Portanto, não haveria como estender aos demais beneficiários que possuíam vínculo distinto daquele de emprego. Neste sentido, confira decisão do STJ:

RECURSO ESPECIAL Nº 1.541.045 - RS (2015/0024001-7)

RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA

RECORRENTE : IGNEZ FABIAN RANCAN

ADVOGADO : JOCINARA RADAVELLI DOS SANTOS

RECORRIDO : UNIMED NORDESTE RS - SOCIEDADE COOPERATIVA DE SERVIÇOS MÉDICOS LTDA

ADVOGADOS : PAULO ROBERTO DO NASCIMENTO (...)

EMENTA

RECURSO ESPECIAL. PARCERIA RURAL. PRODUÇÃO AVÍCOLA. CONTRATO AGROCVIL. EXTINÇÃO DO VÍNCULO. PLANO DE SAÚDE COLETIVO. PARCEIRO OUTORGADO. MANUTENÇÃO COMO BENEFICIÁRIO. DESCABIMENTO. INEXISTÊNCIA DE RELAÇÃO DE EMPREGO. DISPENSA SEM JUSTA CAUSA. NÃO CONFIGURAÇÃO. ÂNIMO SOCIETÁRIO. DESEMPREGO INVOLUNTÁRIO. DESCARACTERIZAÇÃO.

1. Cinge-se a controvérsia a saber se a extinção do vínculo contratual de

parceria rural para produção avícola garante ao parceiro outorgado a manutenção em plano de saúde coletivo instituído pela empresa cedente, aplicando-se ao caso o art. 30 da Lei nº 9.656/1998.

2. Na parceria rural para produção avícola, uma das partes (empresa cedente ou outorgante) fornece aves e a outra (parceiro outorgado, geralmente pessoa física ou conjunto familiar, representado pelo seu chefe) responsabiliza-se pelo alojamento, pela criação e engorda desses animais, havendo partilha dos riscos e dos resultados do empreendimento rural, segundo o avençado (arts. 96, § 1º, da Lei nº 4.504/1964 e 4º do Decreto nº 59.566/1966).

3. A natureza da parceria rural é de cunho agrocivil (e não trabalhista), ainda que haja a descaracterização para contrato de integração vertical, pois predomina em ambos o ânimo societário, constituindo os contratantes um vínculo profissional com o intuito de gerar riquezas, compartilhando riscos e lucros do negócio jurídico, a afastar qualquer relação de emprego (art. 96, VI, do Estatuto da Terra).

4. É certo que podem existir fraudes e falsas parcerias rurais, mas a presença, ou não, por exemplo, de pessoalidade na prestação dos serviços, de poder diretivo e disciplinador da empresa quanto às atividades prestadas pelo parceiro outorgado (subordinação) e do dever de contraprestação remuneratória mínima independentemente do resultado do empreendimento, devem ser objeto de discussão na Justiça do Trabalho, competente para identificar a existência de vínculo empregatício.

5. O direito previsto no art. 30 da Lei nº 9.656/1998, de manutenção como beneficiário em plano de saúde coletivo nas mesmas condições de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, está previsto apenas para o empregado demitido ou exonerado sem justa causa.

6. A exegese mais estrita do art. 30 da Lei nº 9.656/1998 se justifica, porquanto o foco de proteção legal é o estado de desemprego involuntário do trabalhador, que ocorre apenas nos casos de despedida sem justa causa e dispensa indireta (falta grave praticada pelo empregador), o que não se coaduna com a situação do parceiro outorgado, na qual impera o ânimo societário e associativo, assemelhando-se mais a um sócio-gerente, profissional liberal ou trabalhador autônomo do que a um empregado.

7. Não há ilegalidade na exclusão do parceiro outorgado do plano de saúde coletivo, porquanto a extinção de contrato com feições comerciais (parceria rural) não pode ser equiparada a uma dispensa sem justa causa de trabalhador submetido ao regime celetista (art. 30 da Lei nº 9.656/1998), tampouco enquadra-se como aposentadoria (art. 31 da Lei nº 9.656/1998).

8. Recurso especial não provido.

A única população que não possui este vínculo, mas pode continuar sendo beneficiada, é a dos familiares elegíveis. Entretanto, ainda assim, a elegibilidade depende da participação do beneficiário titular que possui a faculdade de permanência no contrato (RN 195, art. 5º, § 2º).

Além disso, de acordo com a RN 279, da ANS, em seu art. 7º, *caput*, o benefício somente se estende àqueles dependentes que já eram beneficiários inscritos quando da vigência do contrato de trabalho, novos cônjuges e novos filhos do ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado (art. 7º, § 2º).

3.2.3 Ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde

Para que ocorra a continuidade, em caso de demissão sem justa causa e aposentadoria, existem alguns requisitos que serão necessários para que a mesma ocorra, dentre esses requisitos, têm-se a necessidade que o beneficiário tenha contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde.

Verifique-se que, tanto nos arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, quanto nos arts. 4º e 5º da RN 279, restou claro que o ex-empregado tem que ter contribuído para o plano.

Nesta situação o contratante manterá sua condição de beneficiário, desde que tenha contribuído no pagamento do contrato de plano de saúde, e que o assuma o pagamento integral.

Muito embora os arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98 já estabelecesse que não constituía contribuição o pagamento decorrente de mecanismos regulatórios (coparticipação e franquia), ainda existiam dúvidas sobre o que seria essa contribuição necessária por parte do empregado para fazer jus à continuidade e, neste sentido, a RN 279 diz:

Art. 2º Para os efeitos desta Resolução, considera-se:

I – contribuição: qualquer valor pago pelo empregado, inclusive com desconto em folha de pagamento, para custear parte ou integralidade da contraprestação pecuniária de seu plano privado de assistência à saúde oferecido pelo empregador em decorrência de vínculo empregatícios, à exceção dos valores relacionados aos dependentes e agregados e à co-participação ou franquia única e exclusivamente em procedimentos, como fator de moderação, na utilização dos serviços de assistência médica ou odontológica.

Desta forma ficou estabelecido o que é contribuição, que são os valores pagos pelo empregado para custear a mensalidade do seu plano, excluindo-se os valores de co-participação ou franquia, bem como aqueles relacionados aos dependentes e agregados. Assim determinou-se que contribuição trata-se de valor pago pelo empregado (beneficiário) para custear parte ou integralmente plano de saúde.

Entende-se como co-participação as contribuições que o usuário do plano de saúde faz para alguns procedimentos realizados. É um valor que se paga além da mensalidade do plano e varia de acordo com utilização, que pode ser em forma de

valor fixo ou percentual. É um mecanismo de regulação por meio do qual o beneficiário gerencia as utilizações, possibilitando à Operadora a redução do valor das mensalidades. Acontece do seguinte modo: um beneficiário paga um valor fixo mensalmente (taxa de manutenção do plano) e, nos meses em que faz uma consulta, ou um exame, paga um valor a mais, junto com a mensalidade normal.

A franquia, também é um mecanismo de regulação de utilização do plano que ocorre a cada internação do usuário, tal qual uma franquia de seguro de veículo que paga pela utilização de uma reparação no bem segurado, coberta pela apólice.

Retornando ao tema do trabalho, se em um determinado contrato o empregador se obriga ao pagamento do valor integral da mensalidade e, os empregados, pela co-participação e franquia, estes valores não serão considerados como contribuição.

Portanto, está estabelecido pela RN 279 que um dos requisitos para a continuidade é o contratante ter contribuído com pelo menos parte do pagamento da mensalidade do seu plano de saúde. Neste sentido, os Tribunais têm entendido que:

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PLANO DE SAÚDE. ARTIGO 31 DA LEI 9.656/1998. COPARTICIPAÇÃO. SALÁRIO INDIRETO. NÃO CONFIGURAÇÃO. MANUTENÇÃO. EX-EMPREGADO. IMPOSSIBILIDADE. PRECEDENTES. SÚMULA 83/STJ. DECISÃO MANTIDA. RECURSO NÃO PROVIDO.

1. Nos termos da jurisprudência consolidada pelo STJ, o direito à manutenção nos planos de saúde coletivos empresariais dos ex-empregados demitidos sem justa causa ou aposentados restringe-se aos casos em que os beneficiários contribuíam para o pagamento do prêmio ou da contribuição mensal, não se aplicando quando houve o custeio integral das mensalidades pela empresa. Precedentes.

2. O plano de saúde custeado pelo empregador não ostenta natureza salarial, ainda que de forma indireta. Incidência da Súmula 83/STJ. 3. Agravo interno a que se nega provimento.

Processo AgInt no REsp 1648374 / SP AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL 2017/0009349-0

Relator(a) Ministro RAUL ARAÚJO (1143) Órgão Julgador T4 - QUARTA TURMA Data do Julgamento 29/08/2017 Data da Publicação/Fonte DJe 22/09/2017

Sobre o assunto co-participação, consta em outro acórdão que:

EMENTA

AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL. PROCESSUAL CIVIL (CPC/73). PLANO DE SAÚDE COLETIVO. CONTRIBUIÇÃO CUSTEADA INTEGRALMENTE PELO EMPREGADOR/ESTIPULANTE. AUSÊNCIA DO DIREITO DE PERMANECER NO PLANO DO EX-EMPREGADO.

1. Consoante entendimento do Superior Tribunal de Justiça, o ex-

empregado que não realizou o pagamento sequer parcial de prêmio ou mensalidade do plano de saúde coletivo empresarial, limitando-se ao pagamento de coparticipação, não faz jus ao direito de continuidade da cobertura assistencial após o término do vínculo empregatício. Precedentes. 2. Manutenção do decisum agravado. 3. AGRAVO INTERNO DESPROVIDO. Acórdão por unanimidade, negar provimento ao agravo, nos termos do voto do(a) Sr(a). Ministro(a) Relator(a). Os Srs. Ministros Ricardo Villas BôasCueva, Marco Aurélio Bellizze (Presidente), Moura Ribeiro e Nancy Andrichi votaram com o Sr. Ministro Relator.
 Processo AgInt no REsp 1600197 / SP
 AGRAVO INTERNO NO RECURSO ESPECIAL 2016/0114373-4
 Relator(a) Ministro PAULO DE TARSO SANSEVERINO (1144) Órgão Julgador T3 - TERCEIRA TURMA
 Data do Julgamento 19/10/2017
 Data da Publicação/Fonte DJe 27/10/2017

Nestas duas decisões do STJ, restou confirmada a necessidade de que o empregado tenha contribuído com algum valor no pagamento do seu plano de saúde, caso contrário o mesmo não terá direito a continuar com o benefício.

O entendimento pacificado do STJ, tem confirmado a validade da regulamentação feita pela RN 279 da ANS, no sentido de que, para que o beneficiário tenha o direito à continuidade, tem que ser comprovado pelo mesmo, que contribuiu, independentemente do valor, com parte do pagamento do seu plano de saúde, excluída a co-participação e a franquia.⁸

3.2.4 Assumir o pagamento integral do benefício

Outra das condições estabelecidas nos normativos citados para que ocorra a continuidade é a de que o contratante demitido sem justa causa ou o aposentado deve assumir o pagamento integral do benefício.

Desta forma, a RN 279, está em consonância com a Lei e, portanto, a ANS atuou de acordo com os seus limites regulatórios, estabelecendo que o beneficiário deve assumir o pagamento integral do benefício, para que o faça jus à continuidade, mesmo que anteriormente não fosse responsável pelo pagamento de toda a parcela.

Tal obrigação se confirma pelo fato de que os contratos coletivos, mesmo quando os beneficiários contribuam parcial ou totalmente, são obrigatoriamente pagos pelo contratante. Entretanto, no que se refere aos inativos, é feita uma exceção, permitindo-se que a Operadora de Plano de Saúde-OPS cobre diretamente deles (art. 8º, parágrafo único, da RN 195 da ANS).

⁸https://ww2.stj.jus.br/processo/revista/documento/mediado/?componente=ATC&sequencial=52289118&num_registro=201500240017&data=20151015&tipo=5&formato=PDF

Neste sentido o STJ tem decidido:

EMENTA

RECURSO ESPECIAL - AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER - PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL - EX-FUNCIONÁRIO - MANUTENÇÃO DO BENEFICIÁRIO, NAS MESMAS CONDIÇÕES DE COBERTURA ASSISTENCIAL DE QUE GOZAVA QUANDO DA VIGÊNCIA DO CONTRATO DE TRABALHO - POSSIBILIDADE, DESDE QUE ASSUMIDA A OBRIGAÇÃO DE PAGAMENTO INTEGRAL.

INSURGÊNCIA DA DEMANDADA.

Hipótese: Controvérsia envolvendo a manutenção de beneficiário (ex-funcionário/aposentado) em plano de saúde da estipulante General Motors do Brasil, que tem como operadora a Sul América Companhia de Seguro Saúde, nas mesmas condições de cobertura assistencial e custeio de que gozava, quando da vigência do contrato de trabalho.

1. Violação do artigo 535, inciso II, do Código de Processo Civil/1973 incorrente. Acórdão local devidamente fundamentado, no qual se enfrentou os aspectos fático-jurídicos essenciais à resolução da controvérsia. Desnecessidade de a autoridade judiciária manifestar-se sobre todas as alegações veiculadas pelas partes, quando invocada motivação suficiente ao escoreito desate da lide. Inexistência de vício que possa nulificar o acórdão recorrido ou ensejar negativa de prestação jurisdicional.

2. Ao aposentado deve ser assegurada a manutenção no plano de saúde coletivo empresarial, com as mesmas condições e qualidade de assistência médica. Entretanto, não há falar em direito adquirido do aposentado ao regime de custeio do plano vigente à época do contrato de trabalho.

2.1 Para a continuidade do plano de saúde o beneficiário não tem o direito de despendar apenas os valores de contribuição vigentes ao tempo do ajuste, devendo assumir o pagamento integral da prestação, a qual poderá variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com o que a ex-empregadora tiver que custear, evitando assim o colapso do sistema (exceção da ruína), porém, desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor e a Jurisprudência/STJ - Acórdãos Página 1 de 2 discriminação ao idoso.

3. Recurso especial parcialmente provido para determinar a manutenção do autor/aposentado no plano de assistência médica-hospitalar, observada/preservada a mesma cobertura assistencial, porém submetida ao atual regramento no qual adotado o regime de custeio na modalidade do pré-pagamento. (Processo REsp 1558456 / SP RECURSO ESPECIAL 2015/0244165-1 Relator(a) Ministro MARCO BUZZI (1149) Órgão Julgador T4 - QUARTA TURMA Data do Julgamento 15/09/2016 Data da Publicação/Fonte DJe 22/09/2016 RSTJ vol. 243 p. 733)

Conforme exposto, tem-se que o STJ tem julgado conforme o disposto no art. 6º da RN 279, confirmando que, para que ocorra a continuidade do benefício do plano de saúde, faz-se necessário que o contratante assuma o pagamento integral da parcela o que compreende a sua parte e a que era custeada pelo seu empregador. E mais, que os valores não sejam simplesmente aqueles que pagava durante o seu período de atividade, com “as alterações promovidas no plano paradigma”.

3.2.5 Não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde

Este requisito, além de ser uma norma de aquisição de direito, também se trata de regra de cessação dele, tanto que, está inserido na RN 279 como causa de extinção:

Da Extinção do Direito Assegurado nos Artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998

Art. 26. O direito assegurado nos artigos 30 e 31 da Lei nº 9.656, de 1998, se extingue na ocorrência de qualquer das hipóteses abaixo:

I – pelo decurso dos prazos previstos nos parágrafos únicos dos artigos 4º e 5º desta Resolução;

II – pela admissão do beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado em novo emprego; ou

III – pelo cancelamento do plano privado de assistência à saúde pelo empregador que concede este benefício a seus empregados ativos e ex-empregados.

§ 1º Considera-se novo emprego para fins do disposto no inciso II deste artigo o novo vínculo profissional que possibilite o ingresso do ex-empregado em um plano de assistência a saúde coletivo empresarial, coletivo por adesão ou de autogestão.

Importante observar que, os arts. 30 e 31 da Lei 9.656/98, nesta causa de extinção, não explicita se a simples admissão em outro emprego é suficiente para a extinção do direito. Portanto, em boa hora a ANS esclareceu que a extinção somente ocorrerá nas hipóteses de aquisição de emprego que possibilite o ingresso em plano de saúde, deixando de fora o individual/familiar.

Assim, o beneficiário que venha a ser admitido em novo emprego, que lhe forneça a possibilidade de acesso a plano privado de assistência à saúde, na modalidade coletiva, terá extinto o seu contrato anterior. Neste sentido em caderno de questionamentos sobre a RN 279, assim se posicionou a ANS:

Cabe à operadora estabelecer meios de verificação da condição de emprego dos beneficiários. Entretanto, a extinção do direito assegurado pelos artigos 30 e 31 da Lei 9656/98 somente poderá ocorrer se comprovado o novo vínculo profissional do ex-empregado nos termos do disposto no artigo 26, § 1º da RN nº 279, de 2011.⁹

⁹ http://www.ans.gov.br/images/stories/Plano_de_saude_e_Operadoras/Area_da_Operadora/20120524_questionamentos_rn279.pdf

Desta forma, cabe a operadora a verificação se o beneficiário possui novo emprego que o possibilite ter acesso ao plano de saúde, e só com esta comprovação que poderá ocorrer à extinção do direito à continuidade.

No que diz respeito a este requisito, mesmo que seja constatado um novo emprego do beneficiário, ele só perderá o direito a continuidade, se este emprego possibilitar o acesso a plano privado de assistência à saúde.

3.2.6 Formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício

Por fim, a RN 279 estabeleceu mais um requisito para a continuidade, que diz respeito ao prazo que o empregado tem para formalizar sua opção de manutenção ou não em continuar a ser beneficiários de plano privado de assistência à saúde. Contudo existiam algumas dúvidas em relação ao referido prazo, sobretudo do momento que começaria a ser contado.

Tendo em vista problemas que vinham sendo suscitados, a ANS estabeleceu na RN 279 que o prazo de 30 dias somente será contado a partir da data em que o beneficiário tomou inequívoco conhecimento da possibilidade de optar pela continuidade:

Art. 10. O ex-empregado demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado poderá optar pela manutenção da condição de beneficiário no prazo máximo de 30 (trinta) dias, em resposta ao comunicado do empregador, formalizado no ato da comunicação do aviso prévio, a ser cumprido ou indenizado, ou da comunicação da aposentadoria. (Redação dada pela RN Nº 297, de 23 de Maio de 2012.)

Parágrafo único. A contagem do prazo previsto no caput somente se inicia a partir da comunicação inequívoca ao ex-empregado sobre a opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho.

Importante observar que, para evitar que o beneficiário seja desligado do plano, não basta a simples comunicação do contratante, posto que esta, dentre outras informações e documentos, deve enviar à Operadora do Plano de Saúde informação sobre a opção, ou recusa de ser mantido como beneficiário, sob pena de aplicação de multa. É o que preveem os arts. 11 e 12 da RN 279 e 76-B da RN 124, ambas da ANS:

Art. 11. A operadora, ao receber a comunicação da exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde, deverá solicitar à pessoa jurídica contratante que lhe informe:

(...)

V – Se o ex-empregado optou pela sua manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição.

Art. 12. A exclusão do beneficiário do plano privado de assistência à saúde somente deverá ser aceita pela operadora mediante a comprovação de que o mesmo foi comunicado da opção de manutenção da condição de beneficiário de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, bem como das informações previstas no artigo anterior.

Parágrafo único. A exclusão de beneficiário ocorrida sem a prova de que trata o caput sujeitará a operadora às penalidades previstas na RN nº 124, de 30 de março de 2006.

Art. 76-B. Deixar de cumprir as normas regulamentares da ANS relativas à solicitação de cancelamento de contrato individual ou familiar ou exclusão de beneficiário em contrato de plano de saúde coletivo.

Sanção – multa de R\$ 30.000,00

Assim, conforme os artigos 11 e 12 da RN 279, ficou estabelecido que o beneficiário demitido ou exonerado sem justa causa ou aposentado, terá o direito de optar pela manutenção da condição de beneficiário. Contudo, terá o prazo máximo de trinta dias da comunicação inequívoca do empregador para fazer a opção.

Esta exigência também é salutar, para se evitar que empregado seja comunicado tardiamente do direito à manutenção do benefício, e assim não poder fazer a opção.

Como o empregador permanece com a obrigação de pagar a mensalidade enquanto não apresentar à OPS a comprovação de opção ou recusa do ex-empregado, tem interesse em fazê-lo o mais breve possível, sob pena de arcar com os custos do plano do inativo, vez que a OPS não pode desligá-lo sem que tal aconteça, também sob pena de ser multada.

Neste sentido a ANS esclarece nos questionamentos a respeito da RN 279:

11 - De acordo com a RN nº 279, de 2011, durante o prazo de 30 dias que o ex-empregado tem para manifestar sua opção pela manutenção da sua condição de beneficiário, quem fica responsável pelo pagamento da assistência à saúde do ex-empregado?

As operadoras têm datas previamente estabelecidas para inclusão e exclusão de beneficiários. Entretanto, considerando que somente após o fornecimento de todas as informações previstas no artigo 11 da RN 279, de 2011, pelo empregador à operadora, incluindo, o disposto no inciso V deste artigo ("se o empregador optou pela manutenção como beneficiário ou se recusou a manter esta condição"), a operadora poderá excluir o beneficiário do plano, enquanto o ex-empregado não optar pelo direito previsto no artigo

30 ou 31 da Lei 9656, de 1998, não poderá ser excluído do plano, arcando o empregador (ou patrocinador, no caso das autogestões) com o custeio do seu plano de saúde.

Pelo exposto, constata-se que a OPS só poderá extinguir o contrato, caso o beneficiário seja comunicado pelo empregador de forma legal e opte pela não manutenção do plano ou caso de ele perder o prazo máximo para se manifestar.

3.3 EMPREGADO QUE SE APOSENTA E É DISPENSADO POSTERIORMENTE SEM JUSTA CAUSA

Questão que pode suscitar dúvida é do empregado que se aposenta e prossegue com o contrato com o empregador. Entretanto, para estes casos, o art. 22 da RN 279, esclarece que o direito garantido será exercido na extinção do contrato com o empregador, na condição de aposentado.

Nesta hipótese, o citado artigo, em seu § 1º, refere ao exercício da opção “no momento em que se desligar do empregador” e que deve ser observado o disposto no art. 31 da Lei 9.656/98 (aposentado).

O esclarecimento é oportuno, tendo em vista que um aposentado que permaneceu trabalhando poder, posteriormente, pedir demissão ou ser dispensado por justa causa, sem perder o direito à opção de permanecer como beneficiário do plano de saúde, nas mesmas condições de cobertura.

Confira a decisão do STJ no Resp 1.371.271, cuja ementa segue abaixo transcrita:

EMENTA

DIREITO CIVIL. RECURSO ESPECIAL E AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. AÇÃO DE OBRIGAÇÃO DE FAZER. MANUTENÇÃO DE PLANO DE SAÚDE COLETIVO. APOSENTADO QUE É CONTRATADO POR EMPRESA E, POSTERIORMENTE, DEMITIDO SEM JUSTA CAUSA.

1. Ação ajuizada em 31/05/2011. Recurso especial e agravo em recurso especial atribuídos ao gabinete em 26/08/2016. Julgamento: CPC/1973.
2. Cinge-se a controvérsia em determinar se a agravante deve ser mantida em plano de saúde contratado por seu falecido esposo e, na hipótese de se decidir pela sua manutenção, definir se esta tem direito à manutenção por tempo indefinido ou por tempo determinado, de acordo com a Lei 9.656/98.
3. É assegurado ao trabalhador aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral.
4. O art. 31 da Lei 9.656/98 não evidencia, de forma explícita, que a

aposentadoria deve dar-se posteriormente à vigência do contrato de trabalho, limitando-se a indicar a figura do aposentado - sem fazer quaisquer ressalvas- que tenha contribuído para o plano de saúde, em decorrência do vínculo empregatício.

5. O tempo total de contribuição ao plano foi de 9 (nove) anos e 8 (oito) meses, mostrando-se, impossível, portanto, a aplicação do art. 31, caput, da Lei, que exige tempo de contribuição mínimo de 10 (dez) anos.

6. A manutenção do contrato de seguro saúde deve dar-se nos moldes do que dispõe o art. 31, § 1º, da Lei, que prevê que ao aposentado que contribuiu para planos coletivos de assistência à saúde por período Documento: 68863511 - EMENTA / ACORDÃO - Site certificado - DJe: 10/02/2017 Página 1 de 2 Superior Tribunal de Justiça inferior a 10 (dez) anos é assegurado o direito de manutenção como beneficiário à razão de um ano para cada ano de contribuição, desde que assumido o pagamento integral do mesmo.

7. Recurso especial de SUL AMÉRICA SEGURO SAÚDE S/A não provido.

8. Agravo em recurso especial de CORA ZOBARAN FERREIRA conhecido. (Recurso especial CONHECIDO e NÃO PROVIDO. RECURSO ESPECIAL Nº 1.371.271 - RJ (2013/0079607-8) RELATORA : MINISTRA NANCY ANDRIGHI)

Portanto, a partir desta decisão, vemos que o STJ tem decidido, que o aposentado que permaneceu trabalhando, e venha a pedir demissão ou ser dispensado por justa causa, tem o direito de permanecer como beneficiário do plano de saúde.

4 PRAZOS DE MANUTENÇÃO E A AMPLITUDE DE COBERTURA

Por fim, cumpridos todos os requisitos supramencionados, resta saber quais os prazos máximos de manutenção nos contratos e, ainda, quais as coberturas são garantidas.

O primeiro dos aspectos – prazos de permanência – estão previstos nos arts. 30 e 31 da Lei, que são os seguintes:

- a) **Nas demissões sem justa causa** – 1/3 do tempo de permanência em que tenha contribuído, como um mínimo de 6 meses e máximo de 24 meses.
- b) **Na aposentadoria** – também tem como base de cálculo os períodos de contribuição, sendo na proporção de 1 ano de permanência para cada ano de contribuição e, nos casos em que esta ultrapassou 10 anos, a continuidade se dá por tempo indeterminado.

A RN 279 regulamentando a matéria, nos arts. 23 a 25, previu também como é feita a contagem de tempo de contribuição na sucessão de contratos entre OPS diferentes e a sucessão de empregadores.

Estas normas são de vital importância, pois os arts. 30 e 31, têm natureza trabalhista e não vinculam o benefício à OPS. Assim, se o empregador, durante o tempo de contribuição do empregado, realizou contratos sucessivos com diversas Operadoras, todo o tempo é computado no cálculo.

Idêntico tratamento é dado quando há sucessão de vínculo de emprego com empresas submetidas a processos de fusão, incorporação, cisão ou transformação. Portanto, todo o tempo que o beneficiário contribuiu para o plano de saúde contratado por empresas que foram sucedidas, por qualquer forma que seja, é considerado para a contagem do tempo que permanecerá como inativo.

4.1 AMPLITUDE DE COBERTURA

Diz a Lei 9.656/98 que é assegurada a manutenção da condição de beneficiário ao inativo “nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho”.

Ocorre que, conforme será visto adiante, a permanência do ex-empregado depende da manutenção do contrato do ex-empregador com a OPS e este contrato pode sofrer alterações no decorrer do tempo.

Para evitar problemas relacionados a isso, a ANS, no art. 2º, inciso II, que considera-se

Mesmas condições de cobertura assistencial: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado à saúde contratado para os empregados ativos:

Portanto, se o empregador alterar, durante o período de continuidade, o benefício concedido aos seus empregados ativos, isto também repercutirá nos inativos.

Apenas para exemplificar, se durante o período de atividade, o empregador mantinha contrato com segmentação hospitalar e ambulatorial, sem coparticipação e franquia e área de abrangência nacional e, posteriormente, passa para um contrato com cobertura apenas hospitalar, com coparticipação e franquia e com abrangência regional, estas condições serão alteradas tanto para os empregados, quanto para os ex-empregados.

Confira a decisão abaixo que esclarece bem a hipótese:

EMENTA

AGRAVO REGIMENTAL NO AGRAVO EM RECURSO ESPECIAL. CIVIL. PLANO DE SAÚDE COLETIVO EMPRESARIAL. TRABALHADOR APOSENTADO. MIGRAÇÃO PARA PLANO NOVO. EXTINÇÃO DO CONTRATO ANTERIOR. LEGALIDADE. REDESENHO DO MODELO DE CONTRIBUIÇÕES PÓS-PAGAMENTO E PRÉ-PAGAMENTO. COBERTURA ASSISTENCIAL PRESERVADA. RAZOABILIDADE DAS ADAPTAÇÕES. EXCEÇÃO DA RUÍNA. CLÁUSULA DE REAJUSTE DE MENSALIDADE POR MUDANÇA DE FAIXA ETÁRIA. ADMISSIBILIDADE. REQUISITOS OBSERVADOS.

1. É garantido ao trabalhador demitido sem justa causa ou ao aposentado que contribuiu para o plano de saúde em decorrência do vínculo empregatício o direito de manutenção como beneficiário nas mesmas condições de cobertura assistencial de que gozava quando da vigência do contrato de trabalho, desde que assuma o seu pagamento integral (arts. 30 e 31 da Lei nº 9.656/1998). Os valores de contribuição, todavia, poderão variar conforme as alterações promovidas no plano paradigma, sempre em paridade com os que a ex-empregadora tiver que custear.

2. Mantidos a qualidade e o conteúdo de cobertura assistencial do plano de saúde, não há direito adquirido a modelo de custeio, podendo o estipulante e a operadora redesenharem o sistema para evitar o seu colapso (exceção da ruína), desde que não haja onerosidade excessiva ao consumidor ou a discriminação ao idoso.

3. A Segunda Seção do Superior Tribunal de Justiça, quando do julgamento

do REsp nº 1.280.211/SP, firmou o entendimento de ser, em princípio, idôneo o reajuste de mensalidade de plano de saúde em razão da mudança de faixa etária do participante, pois com o incremento da idade há o aumento de risco de a pessoa vir a necessitar de serviços de assistência médica. Entretanto, para evitar abusividades, devem ser observados alguns parâmetros, como a expressa previsão contratual; não serem aplicados índices de reajuste desarrazoados ou aleatórios, que onerem excessivamente o consumidor, em manifesto confronto com a equidade e a cláusula geral da boa-fé objetiva e da especial proteção do idoso, dado que aumentos elevados sobretudo para essa última categoria poderá, de forma discriminatória, impossibilitar a sua permanência no plano; e serem respeitadas as normas expedidas pelos órgãos governamentais (Resolução CONSU nº 6/98 ou Resolução Normativa nº 63/2003 da ANS).

4. Agravo regimental não provido. (AgRg no AGRavo EM RECURSO ESPECIAL Nº 558.918 - SP (2014/0179509-2) RELATOR : MINISTRO RICARDO VILLAS BÔAS CUEVA)

Portanto, a partir desta decisão, vemos que o STJ têm decidido, que o aposentado que permaneceu trabalhando, e vêm a pedir demissão ou ser dispensado por justa causa, tem o direito de permanecer, como beneficiário do plano de saúde.

4.2 EXTINÇÃO DO DIREITO

Por fim, além das causas de extinção dos casos de extinção já tratados (decurso dos prazos de permanência e admissão do beneficiário em outro emprego), também se extingue o direito na hipótese de cancelamento do plano pelo empregador que o concede.

Nestes casos, para que o usuário não fique desprotegido, a OPS deve oferecer portabilidade para contratos individuais/familiares com a dispensa das carências já cumpridas e o regulamento da ANS para esses casos é a RN 186.

CONCLUSÃO

Em razão de questões relacionadas com a possibilidade de continuidade dos planos de saúde de beneficiários de contratos coletivos empresariais, destinou-se presente trabalho a realizar o estudo das condições necessárias para a aquisição do direito.

Para contextualizar o tema, inicialmente, foi realizado um breve histórico das políticas de saúde no Brasil, que, no princípio do século XX, iniciou-se com a criação de CAP's e IAPs e, posteriormente, o INPS, que depois passou a ser denominado de INAMPS.

Um pouco mais tarde, no início dos anos 60, foi criado o FUNRURAL e, concomitantemente, empreendeu-se a atividade de empresas privadas de Medicina de Grupo e das Unimeds.

Em 1988, com a promulgação da Constituição Federal foi instituído o direito à saúde e a obrigação do Estado provê-lo e, sob o princípio da universalização da saúde, foi criado o Sistema Único de Saúde-SUS, permitindo-se à iniciativa privada a assistência à saúde de forma complementar.

No tocante às relações entre os particulares, no âmbito da atividade privada, nos primórdios os contratos eram realizados sem garantias aos direitos dos consumidores, o que perdurou até a entrada em vigor do CDC que passou a tutelá-los e a dar aos Tribunais mecanismos para a anulação de cláusulas abusivas.

A Lei 9656/1998, entrou em vigência no ano 2000, constitui o marco regulatório dos planos de saúde, estabeleceu as condições gerais para os contratos de planos de saúde, aos parâmetros mínimos para contratação e, nos seus artigos 30 e 31, assegurou o direito dos beneficiários de contratos coletivos empresariais de manterem as coberturas assistenciais após a extinção dos contratos pela dispensa sem justa causa ou pela aposentadoria.

Também e início dos 2000 foi aprovada e entrou em vigor a Lei 9961/2000, que criou a ANS, agência reguladora responsável pelo setor de planos de saúde no Brasil, com poderes regulatórios, fiscalizatórios e sancionatórios deste mercado e que editou, desde então, mais de 600 normas Resoluções e Instruções Normativas, dentre elas a RN 195 que define os tipos diversos de contratos de planos de saúde, dentre eles os coletivos empresariais, que beneficiam empresários, administradores, agentes políticos, empregados, estatutários etc, bem como os seus familiares, desde que previsto no contrato.

No que se refere ao tema do trabalho, a ANS, no exercício dos seus poderes de normatização, isto é, de elaborar normas para preencher as lacunas deixadas pela lei, editou a RN 279, que regulamenta a continuidade dos planos de saúde, estabelecendo quais são as pessoas elegíveis, isto é, quais beneficiários são aptos a postularem a permanência no contrato de plano de saúde após a extinção do vínculo com o contratante (empresa/órgão público), bem como as condições para que tal ocorra.

Ao ser analisada a citada RN, foram identificados e estudados e cotejados com a jurisprudência, os requisitos necessários para a continuidade:

a) o postulante ter sido beneficiário de plano coletivo decorrente de vínculo empregatício (ou estatutário), não estando, portanto, abrangidos os demais beneficiários dos planos de saúde, tais como os sócios, administradores, agentes políticos, estagiários etc;

b) ter contribuído com pelo menos parte do pagamento do seu plano de saúde, entendida como tal a parcela da taxa mensal de manutenção, excluídos aqueles valores pagos como coparticipação e franquia ou decorrentes da inclusão dos seus dependentes no plano.

c) assumir o pagamento integral do benefício, isto é, se o empregador pagava parte da mensalidade em favor do empregado, este deve, quando da opção pela continuidade, pagar o valor total da mensalidade, compreendida também a parcela patronal;

d) não ser admitido em novo emprego que possibilite o acesso a plano privado de assistência à saúde;

e) formalizar a opção de manutenção no plano no prazo máximo de 30 dias, contados a partir da comunicação do empregador sobre o direito de manutenção do gozo do benefício.

Também foi feita uma breve incursão quanto à amplitude da cobertura assistencial, para compreensão da expressão “mesma cobertura assistencial” prevista nos arts. 30 e 31 da Lei 9656/98 que, conforme estabelece a RN 279, significa *“Mesmas condições de cobertura assistencial: mesma segmentação e cobertura, rede assistencial, padrão de acomodação em internação, área geográfica de abrangência e fator moderador, se houver, do plano privado à saúde contratado para os empregados ativos”*.

Por fim, também foi abordada a questão relacionada com os tempos máximos de permanência no plano para inativos, tendo em vista que, à exceção dos aposentados que contribuíram por mais de 10 anos para os planos de saúde, todos os demais têm prazos delimitados pelas normas. A saber:

- a) Máximo de 24 meses para os demitidos ou exonerados sem justa causa;
- b) 1 ano para cada ano de contribuição para os aposentados que contribuíram por menos de 10 anos;
- c) Admissão do beneficiário em outro emprego que possibilite acesso a plano privado de saúde;
- d) Cancelamento do plano pelo empregador que o concede;
- e) Morte do beneficiário.

Além disso, o plano também se extingue nos casos em que o beneficiário solicita o seu desligamento voluntário dele.

Sem a pretensão de esgotar todas as questões relacionadas com o tema, Estas proposições permitiram concluir que o direito à continuidade dos planos de saúde coletivos empresariais possui limitações impostas pela Lei 9656/98 e pela RN 195, da ANS e que, portanto, o simples fato de ser beneficiário de um plano não garante a continuidade dele após a extinção do vínculo com a empresa contratante.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à Metodologia do Trabalho Científico - Elaboração na Graduação. 9. ed. São Paulo, 2009: Atlas.

ANS: **Dicas de como escolher um Plano de Saúde.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/contratacao-e-troca-de-plano/dicas-para-escolher-um-plano/467-planos-coletivos>>. Acesso em 11 mar. 2017.

ANS: **ANS divulga números atualizados de beneficiários de planos de saúde,** 17 de novembro de 2017. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/sobre-a-ans/4211-ans-divulga-numeros-atualizados-de-beneficiarios-de-planos-de-saude>>. Acesso em 20 nov. 2017.

ANS: **Aposentados e demitidos.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/planos-de-saude-e-operadoras/espaco-do-consumidor/aposentados-e-demitidos>>. Acesso em 20 nov. 2017.

ANS: **Caderno de Informação da Saúde Suplementar,** junho de 2017. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Perfil_setor/Caderno_informacao_saude_suplementar/caderno_informacao_junho_2017.pdf>. Acesso em: 17 out. 2017.

ANS: **Sala de Situação.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor/sala-de-situacao>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

ARAGÃO, Alexandre Santos de. **O Poder Normativo das Agências Reguladoras.** 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

BRASIL. **LEI Nº 9656/98, DE 03 DE JUNHO DE 1998.** LEI DOS PLANOS DE SAÚDE, com as alterações que lhe sucederam. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/Ccivil_03/leis/L9656.htm>. Acesso em 20 nov. 2017.

BRASIL. **LEI Nº 8.078, DE 11 DE SETEMBRO DE 1990.** CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR, com as suas alterações. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8078.htm>. Acesso em 20 nov. 2017.

BRASIL. **LEGISLAÇÃO DA AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE.** Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/legislacao/busca-de-legislacao>>. Acesso em 20 nov. 2017.

CARVALHO FILHO, José dos Santos. O Poder Normativo das Agências Reguladoras. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de. **O Poder Normativo das Agências Reguladoras.** 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

CORRÊA FILHO, Luiz Araújo. Planos de Saúde e Suas Cláusulas Abusivas- de Acordo com o Código de Defesa do Consumidor, Lei nº 9656/98. São Paulo, 2004: RCN Editora e Distribuidora.

ESTADÃO. **Economia.** Disponível em: <<http://economia.estadao.com.br/noticias/releases-ae,desemprego-explica-a-queda-do-total-de-beneficiarios-de-planos-de-saude-aponta-iess,70001670168>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

EXAME. **Plano de saúde é 3º maior desejo dos brasileiros, diz Ibope.** Disponível em: <<https://exame.abril.com.br/brasil/plano-de-saude-e-3o-maior-desejo-dos-brasileiros-diz-ibope/>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

FINCANTO, Denise Pires, **Lineamentos Básicos para o Trabalho de Conclusão de Curso**, São Leopoldo, Jan. 2002. Disponível em:

<<http://pt.scribd.com/doc/33259309/Monografia-Metodos-e-Tecnicas-de-Pesquisa-para-Mongrafias-de-Final-de-Curso-Normas-da-ABNT-Atualizadas>>. Acesso em: 10 set. 2017.

INFOMONEY. **Plano de saúde é o segundo item na lista de desejo dos consumidores brasileiros.** Disponível em: <<http://www.infomoney.com.br/minhas-financas/planos-saude/noticia/2091868/plano-saude-segundo-item-lista-desejo-dos-consumidores-brasileiros>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

JI-PARANÁ, Unimed. **Histórico.** Disponível em: <<http://www.unimedjpr.com.br/historico.php>>. Acesso em: 19 nov.2017.

LEITE, Eduardo de Oliveira. **A Monografia Jurídica.** 3. ed. rev. São Paulo, 1997: Editora Revista dos Tribunais.

R7 ECONOMIA: **Plano de saúde é o terceiro maior desejo dos brasileiros.** Disponível em: <<https://noticias.r7.com/economia/plano-de-saude-e-o-terceiro-maior-desejo-dos-brasileiros-29062015>>. Acesso em: 20 nov. 2017.

RONDÔNIA, Unimed. **História.** Disponível em: <<http://www.unimedrondonia.com.br/ns/institucional/historia/>>. Acessado em 19 nov.2017

SALAZAR, Andrea *et alli* . **Plano de Saúde. Brasil I.** São Paulo, 2002: Globo-(Série Cidadania).

SANTOS, Unimed. **Memória**. 16 dec. 2015. Disponível em: <<http://www.unimed-santos.com.br/memória>>. Acesso em: 19 nov.2017.

SCHULMAN, Gabriel. Planos de Saúde-Saúde e Contrato na Contemporaneidade. Rio de Janeiro, 2009: Renovar.

SIGNIFICADOS. Significado de Pacta Sunt Servanda. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/pacta-sunt-servanda/>>. Acesso em: 19 nov. 2017.

SOUTO, Marcos Juruena Villela. O Poder Normativo das Agências Reguladoras. In: ARAGÃO, Alexandre Santos de. **O Poder Normativo das Agências Reguladoras**. 2.ed. Rio de Janeiro: Forense, 2011.

VALOR ECONÔMICO: **Brasil tem o recorde de 14,2 milhões de desempregados, aponta IBGE**. Disponível em: <<http://www.valor.com.br/brasil/4951844/brasil-tem-o-recorde-de-142-milhoes-de-desempregados-aponta-ibge>>. Acesso em: 20 nov.2017.